



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A LA APARICION DE ULCERAS
POR PRESIÓN EN LA RESIDENCIA DE
ANCIANOS DEL IASS "JAVALAMBRE" DE
TERUEL, DEL 1/09/2012 HASTA EL 1/03/2013**

Autor/es

Arturo Buzón Morata

Director/es

Antonio Hernández Torres

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2013

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	13
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	17

Palabras clave: Úlceras por presión; Factores de riesgo; Norton; Barthel.

RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) afectan a los pacientes que reciben asistencia en el ámbito domiciliario, hospitalario y sociosanitario, siendo los pacientes de edad avanzada los que mayor número de úlceras por presión presentan. Al paciente le disminuye su calidad de vida, le aumenta el riesgo de infecciones e incluso le puede llevar a la muerte.

Ámbito: Residencia de ancianos "Javalambre" del IASS en Teruel.

Objetivo: Describir los factores de riesgo asociados a la aparición de UPP.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal. La muestra es de 36 pacientes del centro, que tenían por lo menos una UPP. El tiempo del estudio es desde el 1 de septiembre del 2012 hasta el 1 de marzo de 2013.

Resultados: De las 57 úlceras halladas, 27 lesiones corresponden al grado I, 22 corresponden al grado II, 6 corresponden al grado III, y 2 de ellas al tipo IV. 24 residentes tienen una única úlcera. Según el índice de Barthel, el 33,3% presentan una dependencia total, un 11,1% dependencia moderada, 30,6% dependencia severa y el 25% leve. Se han encontrado diferencias significativas entre el número de úlceras y el riesgo de ulceración basado en la puntuación de la escala de Norton. El número de UPP por usuario en este centro se asemeja a los publicados hasta ahora.

INTRODUCCIÓN

El estudio se centra en la residencia de ancianos "JAVALAMBRE", perteneciente al IASS en la ciudad de Teruel, donde el usuario precisa una gran cantidad de cuidados debido a la situación de dependencia que padece.

La profesión enfermera centra su trabajo en los cuidados, y dentro de éstos una parte importante son los cuidados de la piel. Una atención adecuada en este campo ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión.

Las úlceras por presión son una consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él, siendo las partes más afectadas los talones, el sacro y los trocánteres.

La situación actual en nuestro país refleja que en Atención Primaria la prevalencia de úlceras por presión oscila entre el 7,3% y el 12,9% entre los pacientes que reciben atención domiciliaria. En el ámbito hospitalario, la prevalencia tiene un rango entre el 3,8% y el 8,9% y en el nivel sociosanitario entre el 4,8% y el 7,6%.

Las úlceras por presión afectan a los pacientes que reciben asistencia en el ámbito domiciliario, hospitalario y sociosanitario, siendo los pacientes de edad avanzada los que mayor número de úlceras por presión presentan. Este tipo de lesiones son un problema de salud que acarrea importantes repercusiones, tanto al paciente y su entorno familiar como al sistema sanitario.

Al paciente le disminuye su calidad de vida, le aumenta el riesgo de infecciones e incluso le puede llevar a la muerte¹.

Las úlceras por presión (UPP) están dejando de ser, día a día, un problema de salud invisible y subestimado y que tanto ha frenado hasta fechas recientes el progreso de su conocimiento, detección y detención. Las UPP son un problema de primer orden, cuya magnitud para los pacientes, los servicios de salud y la sociedad en general hace que deba ser considerado como un problema de salud pública y precisa, por tanto, de todos los medios y recursos necesarios para combatirlas².

A nivel fisiológico, las alteraciones que se producen en la piel del anciano, además de las diferentes alteraciones orgánicas, hacen que en los mayores se produzcan UPP con una frecuencia elevada. Si a esto le añadimos que la

población que integra este tipo de residencias presenta otros factores de riesgo propios, como la dependencia de las actividades de la vida diaria, restricción de la movilidad, deficiente nutrición e hidratación, etc., obtenemos una aparición de UPP más frecuente y con peor pronóstico que en otros grupos de población

Los diagnósticos más prevalentes en ancianos son los relacionados con el deterioro de la movilidad física (35-37%), la dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (10% de dependencia total), el deterioro de la integridad cutánea (16%) 11 y la malnutrición energético proteica (5-10%)³.

Los cambios producidos por el envejecimiento son múltiples y afectan a cada uno de los componentes o capas de la piel, desde el estrato córneo hasta el tejido celular subcutáneo.

La piel se adelgaza progresivamente, en un proceso en el cual el número de capas celulares no se modifica, sino que cambian el contenido celular y la matriz extracelular. Estos cambios son obviamente más evidentes en áreas expuestas. La epidermis se adelgaza más rápidamente en las mujeres que en los hombres y alcanza 6,4% por década. La dermis, en cambio, se adelgaza igualmente en hombres y en mujeres.

El número total de células de Langerhans también se ve afectado, de tal forma que la respuesta inmunitaria también se modifica por la menor cantidad de estas células. Las células basales muestran importante atipia celular. El contenido de agua y de factor emoliente natural disminuye, lo que cambia la composición de la matriz extracelular.

La unión dermo-epidérmica se aplana hasta 35%; hay menos papilas por mm², lo que, finalmente, va a aumentar la vulnerabilidad de la piel. Además, menos papilas implican menos área de intercambio nutricional, lo que disminuye la capacidad de proliferación celular; también, hay menor absorción percutánea y aumenta la posibilidad de separación dermo-epidérmica.

La percepción táctil se afecta por la disminución de células en la dermis. Al existir menos mastocitos y fibroblastos, se disminuye la cantidad de glucosaminoglucanos y de ácido hialurónico, lo que afecta las características del tejido.

Estos cambios facilitan el desarrollo de algunas alteraciones que son más comunes durante la vejez, como las UPP debido a la redistribución de la grasa que el acentuamiento de las prominencias óseas⁴.

Existen 4 estadios, establecidos por Byrne y Feld:

Estadio I: piel rosada y no recupera el color normal después de retirar la presión. Lesión de epidermis y dermis sin destrucción.

Estadio II: piel agrietada y con vesículas. Lesión de dermis superficial y profunda. Bordes mal definidos.

Estadio III: úlcera marginal diferenciada generalmente con exudado, bordes bien definidos, destrucción de todas las capas de la piel y tejido celular subcutáneo.

Estadio IV: destrucción de piel, tejido celular subcutáneo, músculo, hueso, úlcera muy extensa con tejido necrótico y abundante exudado.

En el diagnóstico de enfermería se define al estadio I y II como alteración de la integridad cutánea y al III y IV como déficit de integridad tisular⁵.

En el desarrollo de las úlceras por presión están implicados numerosos factores de riesgo:

Presión, las fuerzas de cizallamiento, temperatura y maceración, la incontinencia fecal o urinaria.

Otros factores de riesgo son la alteración del estado de conciencia, trastornos cutáneos, la delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación, trastornos inmunológicos, trastornos vasculares periféricos, deficiencias motoras y/o sensoriales como paresia, parálisis, anestesia.

Influyen también factores como la inmovilidad debida a alternativas terapéuticas (escayolas, tracciones, respiradores, etc.). Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos, etc. El sondaje vesical, nasogástrico, etc⁶.

El 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, realizado por el GNEAUPP, evidenció la presencia en atención primaria (talón 27,74%; sacro 26,7%; trocánter 17,8%), en hospitales (sacro 50,45%; talón 19,26%; trocánter 7,64%) y en atención sociosanitaria (sacro 32,02%; talón 18,89%; trocánter 15,89%).

Escápula, espalda, glúteo, cresta iliaca, dedos de pies, parrilla costal, omóplato, genitales, metatarsianos, nariz, etc. completarían una larga lista de posibles emplazamientos para estas lesiones.

La prevalencia media (PM) de úlceras por presión según los datos reportadas por las 113 unidades de enfermería sociosanitaria es del 10,9⁷.

La malnutrición en ancianos está asociada a un incremento de la morbimortalidad, con ingresos hospitalarios frecuentes y hospitalizaciones más prolongadas, mayor susceptibilidad de infecciones y mayor riesgo en presentar úlceras por presión. Además, en los pacientes ancianos múltiples factores pueden agravar el estado nutricional del paciente, como el grado de deterioro cognitivo del paciente, el grado de actividad física que desarrolle, la situación social o las patologías de base⁸.

El correcto aporte de macro y micronutrientes es por tanto importante en esta patología.

En principio es preciso un aporte hiperproteico que puede oscilar desde los 1,2 a 1,5 g de proteína/kg de peso ideal, lo que representa aproximadamente un 20% de las necesidades calóricas. . Durante los procesos de cicatrización, se incrementa la síntesis de proteínas en la zona de la herida. Si existe un déficit de aminoácidos, se reduce la síntesis de proteínas.

El aporte de hidratos de carbono se recomienda que representen entre un 55 y 60% del aporte calórico total y con un alto aporte de hidratos de carbono complejos.

Las grasas, deben representar un 20-25%, son importantes en los procesos de cicatrización al vehicular ácidos grasos esenciales⁹.

La Escala de Norton ha alcanzado una importante difusión en todo el mundo.

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original, su puntuación de corte eran los 14, aunque posteriormente, en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16¹⁰.

El índice de Barthel es una escala funcional basada en las actividades de la vida diaria. Describe el estado funcional del paciente y su objetivo es, detectar cambios en el estado funcional de personas con enfermedades neurológicas musculoesqueléticas. Mide en 10 actividades de la vida diaria lo que puede hacer el paciente, establece grados de capacidad en cada función (a intervalos de 5) y puntúa de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total). Es el instrumento más ampliamente utilizado para medir la limitación de la actividad funcional¹¹.

Los ancianos constituyen un subgrupo de la población tradicionalmente discriminado en la sociedad y en algunas ocasiones por la medicina. El anciano, a diferencia de los adultos de menor edad, presenta mayor frecuencia de enfermedades crónicas e invalidantes.

El ritmo de vida actual implica una serie de componentes sociales que influyen de modo determinante en la forma de vida de los ancianos, limitando el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno y promoviendo un creciente ingreso de ancianos en una residencia. Esta nueva situación puede producir un desarraigo con la vida que hasta entonces ha conocido, sus amistades, costumbres, lugares habituales y su hogar; lo que puede desembocar en una situación de mayor ansiedad e inseguridad que facilitará una mayor dependencia con sensación de pérdida de control¹².

La secuencia que lleva al deterioro funcional, la discapacidad y la dependencia en las personas de edad tiene antes múltiples causas o

caminos de llegada. Unas agudas o catastróficas: enfermedad cerebrovascular aguda y fractura de fémur, principalmente; y otras insidiosas y de larga evolución: enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, enfermedades articulares y del aparato locomotor, diabetes, cardiopatías, deterioro sensorial o síndromes neurológicos, entre otros, que se ven influidas a su vez por factores relacionados con el entorno en el que se desenvuelve la vida de cada anciano.

Por otro lado, la comorbilidad es habitual en los pacientes geriátricos y tiende a aumentar con la edad. Hasta el 24% de los mayores de 65 años y hasta el 31% de los mayores de 85, presentan 4 o más diagnósticos de enfermedades de larga evolución. En geriatría esta situación se ve complicada por la presencia de múltiples situaciones preclínicas de disfunción de órganos, aparatos y sistemas asociadas al envejecimiento, que originan vulnerabilidad sobre todo en las personas de más edad¹³.

Esto ha hecho que me marque como objetivo el describir los principales factores de riesgo asociados a la aparición de úlceras por presión en los usuarios del centro.

OBJETIVOS

Principal

Describir los factores que aumentan el riesgo de aparición de aparición de úlceras por presión.

Secundarios

Determinar si el estado funcional y psíquico de los pacientes influye o no en la aparición de las úlceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio descriptivo transversal sobre un grupo de 36 pacientes pertenecientes a la residencia de personas mayores "Javalambre", cuyos criterios de inclusión son que tengan al menos una úlcera por presión.

El tiempo del estudio es desde el 1 de septiembre del 2012 hasta el 1 de marzo de 2013. Los datos se han obtenido a partir de una base de datos de Microsoft Office Access, perteneciente a dicha residencia y se han recogido en una base de datos mediante el programa estadístico SPSS, donde las variables utilizadas han sido:

- Edad, sexo, origen y cantidad de úlceras
- Grado y localización
- Riesgo de presentar UPP según la puntuación en la escala de Norton (riesgo muy alto <10; riesgo alto = 10-12; riesgo medio = 13-14; y, riesgo mínimo/ no riesgo >14).
- Situación funcional basándonos en el índice de Barthel (escala de valoración de las actividades básicas de la vida diaria, que presenta un rango de 0-100 puntos, siendo <20 dependencia total; 20-35 dependencia severa; 40-55 dependencia moderada; y, >60 dependencia leve)
- Uso de suplementos nutricionales
- Presencia de algún tipo de demencia

RESULTADOS

En el momento elegido para la realización del estudio contamos en las unidades con carácter residencial, con un total de 36 ancianos que presentaban al menos una úlcera.

El número de mujeres es de 25 y el de hombres 11.

La edad media de nuestros residentes es de 87,19 años, con una desviación típica de 6,83, el mayor tiene 101 años y el más joven 67.

En la figura 1 se representa la localización de las úlceras descritas en el estudio.



Figura 1. Distribución de las úlceras según su localización.

De las 57 úlceras halladas, 27 lesiones corresponden al grado I, 22 corresponden al grado II, 6 corresponden al grado III, y 2 de ellas al tipo IV.

24 residentes tienen una úlcera, 6 cuentan con dos, 4 residentes con tres úlceras y solo 2 presentan un total de cuatro úlceras.

Según el índice de Barthel, el 33,3% presentan una dependencia total, un 11,1% dependencia moderada, 30,6% dependencia severa y el 25% leve.

Solo 19 residentes utilizaban suplementos nutricionales.

El riesgo de presentar úlceras por presión se muestra en la Figura 2.

RIESGO DE ULCERACIÓN (NORTON)

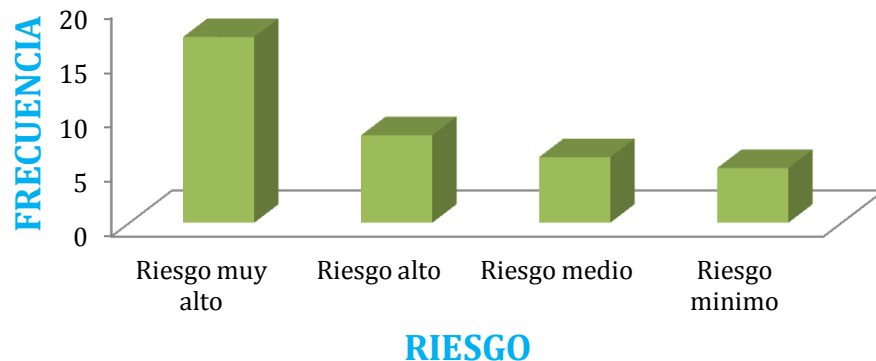


Figura 2. Riesgo de aparición de úlceras según la escala de Norton

El 25% de los ancianos presentaba algún tipo de demencia. No se han encontrado diferencias significativas entre la presencia de demencia y el número de úlceras.

A un 11% se les generó la úlcera en su domicilio, a un 77,8% en la residencia y al resto en el hospital.

Se han encontrado diferencias significativas entre el número de úlceras y el riesgo de ulceración basado en la puntuación de la escala de Norton.

DISCUSION

La distribución anatómica de las úlceras por presión es similar a la de otros estudios donde el sacro y el trocánter son las zonas más frecuentes donde se localizan, estas van seguidas de talones y otras localizaciones, como, pierna, espalda, codos, etcétera^{14, 15}.

A diferencia de otros estudios ya realizados, en este podemos observar que la gran mayoría de las UPP son originarias de la misma residencia, al contrario que en el estudio de Lago ML, en el cual la prevalencia es superior en los hospitales.

El uso de suplementos nutricionales no se relaciona con la aparición del número de úlceras, a diferencia de otros estudios que con el aporte de macro-nutrientes se conseguía disminuir la aparición de nuevas úlceras y una mayor cicatrización de las ya presentes¹⁶.

El sexo y la edad no aparece como factor asociado al desarrollo de una úlcera, en cambio, un residente considerado de riesgo sí es un factor asociados al desarrollo de una úlcera, ya que he encontrado diferencias significativas entre el número de úlceras de un usuario con la puntuación en la escala de Norton.

La cantidad de úlceras que he descrito en este estudio es similar a la de los demás ya realizados, donde más de la mitad de la muestra solo tienen una¹⁷.

En la muestra elegida, gran parte de los residentes tienen una dependencia total o severa, a diferencia de otros estudios, como el de Sancho A et al, donde la mayoría eran dependientes leves o moderados. No se han encontrado diferencias significativas entre el número de úlceras y el grado de dependencia.

CONCLUSIÓN

Al finalizar este estudio, he podido observar que el número de UPP por usuario en este centro se asemeja a los publicados hasta ahora.

Además, existe un elevado porcentaje de la muestra tienen una dependencia total o severa en la realización de las actividades de la vida diaria.

También se han encontrado diferencias significativas entre el número de UPP por paciente y su puntuación en la escala de Norton, estableciéndose una relación entre el riesgo de ulceración y la aparición de úlceras.

Por otra parte, el sexo, la edad y el uso de complementos nutricionales no son factores que hayan influido en la presencia de úlceras de la muestra elegida.

Una de las principales limitaciones de este estudio es que hay pocos estudios acerca de úlceras por presión en residencias de ancianos, ya que la mayoría de ellos transcurren en unidades hospitalarias.

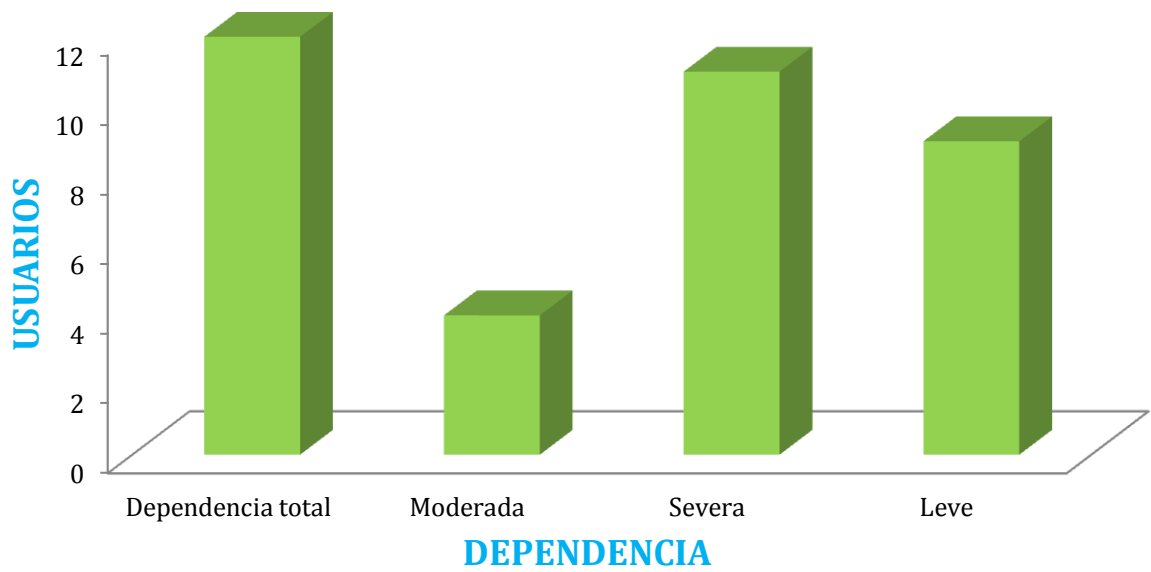
BIBLIOGRAFÍA

1. Lago ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos. 2007; 18 (3): 135-139.
2. Soldevilla JJ, Torra J, Verdú J. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011; 22 (2): 77-90.
3. Diaz JM, Garcia AS, Nuñez A, Osorio R. Prevalencia de las úlceras por presión en una residencia asistida de mayores. Gerokomos 2007; 18 (3): 154-157.
4. Lozada SM, Rueda R. Envejecimiento cutáneo. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2010; 18: 10-7.
5. Fortes JL, Pulido MD, Torres MA, Revenga F. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. Aten Primaria. 1997; 19: 51-6.
6. Dalmau J, Vila A, Peramiquel L, Puig L. Úlceras por presión. Farmacia profesional. 2004; 18(4): 43-52.
7. Soldevilla JJ. Las úlceras por presión en gerontología. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis Doctoral; 2007.
8. Sancho A, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión. Aten Primaria. 2012; 44(10):586-594.
9. De Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. An Med Interna (Madrid). 2007; 24: 342-345.

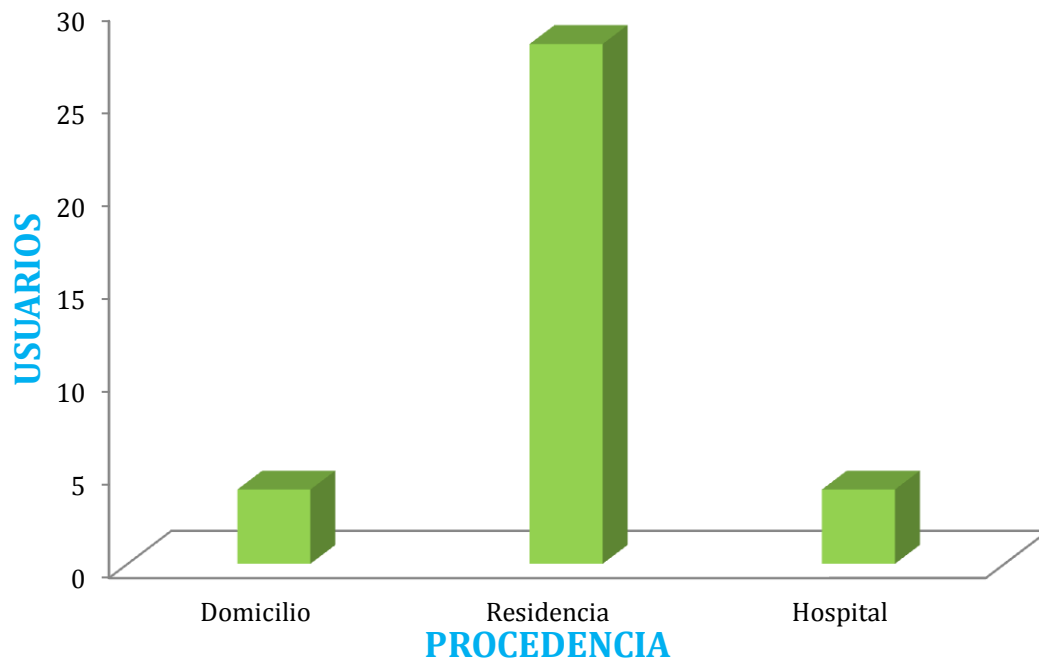
10. García FP, Pancorbo PL, Soldevilla JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos. 2008; 19 (3): 136-144.
11. Mirallas JA, Real MC. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? Rehabilitación (Madr). 2003; 37 (3): 152-7.
12. Fuente MM, Bayona I, Fernández FJ, Martínez M, Navas FJ. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Gerokomos. 2012; 23 (1): 19-22.
13. Torres B, Núñez E, Guzmán D, Simón JP, Alastuey C, Díaz J et al. Índice de Charlson versus índice de Barthel como predictor de mortalidad e institucionalización en una unidad geriátrica de agudos y media estancia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(4): 209-212.
14. Yepes D, Molina F, León W, Pérez E. Incidencias y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. Medicina intensiva. 2009; 33 (6): 276-281.
15. Nieto JA, Revuelta JA, Crespo J, Marín R, Puya M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. Semergen. 2011; 37 (6): 275-279.
16. Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. An Med Interna (Madrid). 2007; 24: 342-345.
17. Gálvez C, Mayorga E, Gornemann I, González MA, Corbacho JL, Jiménez M. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Aten Primaria. 2002; 30 (6): 357-362.

ANEXOS

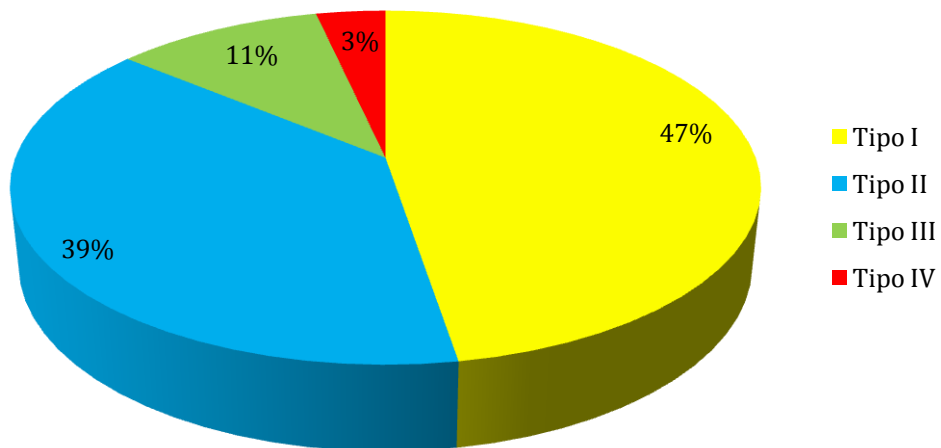
GRADO DE DEPENDENCIA (BARTHEL)



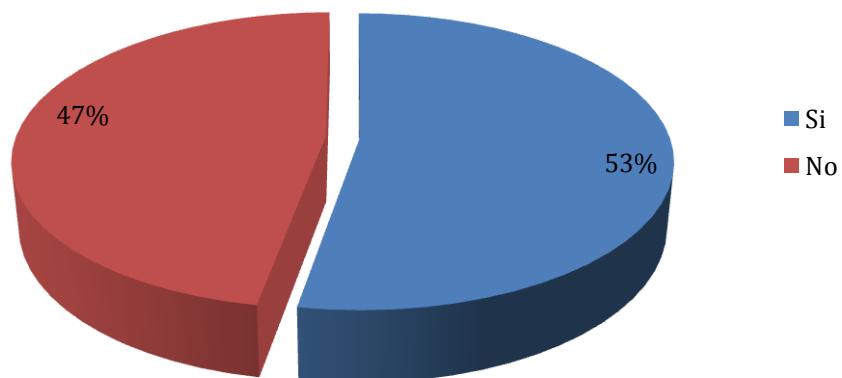
Procedencia de las úlceras



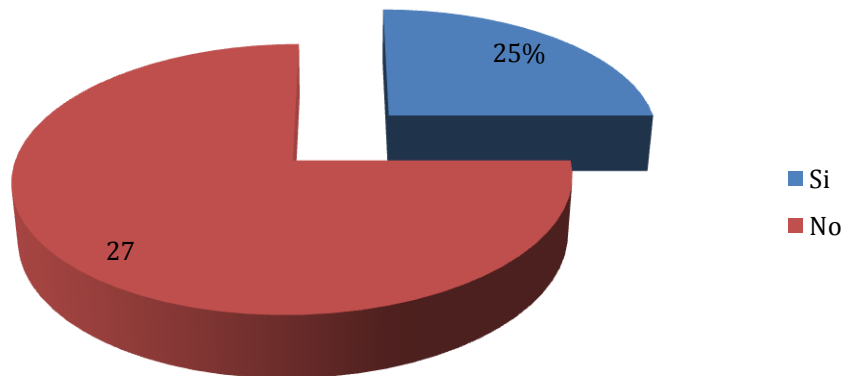
GRADO DE LAS UPP



USO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES



PRESENCIA DE DEMENCIA



Numero de Ulceras por Usuario

